

## CAR 5 MAI 2015

PRÉSENT(E)S CME : G BENOIT, A BUISINE , A GERVAIS, M MARCHAND, V PERRUT, C RICHARD,

DÉFIP : C CHEVRIER, K ISTIN

DSFP-AP-HP : JL BENNER

DOMU : D LE STUM,

Excusés : C BOILEAU, B CRICKX, P LEGMAN, M ZERAH

### **Informations diverses :**

Les mesures annoncées dans circulaire relative à la campagne tarifaire 2015 vont conduire à une diminution des recettes de -22,7 M€ liées à la baisse des tarifs des GHS et à un dépassement des crédits MERRI (20,3 M€). Enfin le taux d'évolution de l'ONDAM 2016 est fixé à 1,75 % (2% en 2015).

### **Plan facturation/recouvrement des recettes :**

L'amélioration du recouvrement est un des objectifs du plan stratégique 2015-2019.

Les grandes masses de facturation pour l'activité de soins sont

- Assurance Maladie : 3 Md€
- Part facturée aux patients ou à leur mutuelle : 450 M€
- Part facturée aux patients étrangers (AME, SU, non-résidents) : 200 M€
- Rétrocession de médicaments (facturation à l'AM et/ou patient) : 300 M€

Fin 2014 le reste à recouvrer (RAR) s'élève à 900 M€ (500 M€ sur les exercices antérieurs plus 400 M€ pour l'exercice 2014) et 43,6 M€ ont été admis en non-valeur. Le risque de non-recouvrement augmente avec le temps, en particulier au-delà de six mois, et lorsque les sommes sont inférieures à 100 euros du fait de l'abandon précoce des « poursuites ». Au 31 mars dernier, 50% seulement de la facturation aux patients été recouvrée. Les participants soulignent qu'un plan d'action avait été déjà été présenté en 2013 mais il ne leur semble pas que la situation se soit significativement améliorée.

Les objectifs prioritaires pour 2015 sont : anticiper l'admission, encaisser dès la sortie, avec un objectif de diminution des rejets de facturation. En amont de la chaîne des mesures telles que la saisie des actes en temps réel, la mise en place d'un circuit fiable de préadmission devraient permettre d'améliorer la situation. En aval, des mesures telles que l'automatisation des relances et des poursuites sont en cours. Enfin, une refonte de l'organigramme de la DSFP pour l'AP-HP et une actualisation des procédures, en synergie avec les préparatifs de la certification, sont en cours.

### **Politique d'accueil des patients non-résidents – Conventonnement des organismes étrangers :**

Il s'agit exclusivement de patients non français et résidant à l'étranger. Ils sont redevables de la totalité des frais, calculés sur la base de TJP majorés de 30%.

Actuellement à l'AP-HP, les organismes étrangers qui proposent une prise en charge financière des patients non-résidents sont acceptés (plus de 600 débiteurs étrangers dans les bases de facturation), la facturation étant établie après la sortie du patient. En revanche, les particuliers non-résidents paient d'avance sur la base d'un devis.

Plusieurs situations se présentent :

- Organismes « sous convention internationale » (flux UE) : 28 M€ en 2013, ce flux ne présente pas de risque
- Organismes étrangers non européens (caisses étrangères sous convention avec la France, les ambassades, ....) : 30 M€ en 2013 dont un tiers surfacturé.
- Patients non-résidents, non couverts par un organisme, entrés en urgence ou en programmé : 39 M€ (environ 7000 patients dont 2800, pour un montant de 22 M€, ont donné lieu à une surfacturation).

Le taux de recouvrement est globalement faible, de l'ordre de 40 %, à l'exception des particuliers majorés avec une entrée programmée (taux recouvrement 82%). Cette dette est importante, elle s'élève à 118 M€ en novembre 2014, et s'alourdit. Les actions menées pour la résorber ont été, jusqu'à maintenant, peu efficaces. Une nouvelle politique va être mise en place avec :

- Pour les patients non-résidents accueillis en programmé : règlement d'avance, majoration de 30%, aucune prise en charge d'organisme étranger ne sera plus acceptée, sauf si cet organisme règle d'avance à la place du patient.
- Pour les patients non-résidents accueillis en urgence : prises en charges des assurances voyages acceptées avec un paiement a posteriori sur facture.

Ces mesures supposent la résiliation des conventions existantes et un profond changement de pratiques.

Le guichet institutionnel, sur la période septembre 2013-septembre 2014, a traité 252 dossiers dont au moins 63% ont concerné l'activité libérale. Si le taux de recouvrement est faible (30%) pour les institutionnels, il est excellent pour les particuliers (99%), mais ne concerne que 20 dossiers. La recette est modeste 1,3 M€ et a dégagé une marge de 390 000 €.

Des difficultés ont été identifiées comme par exemple : délais de réponse trop longs, tarifs parfois discutables, recouvrement difficile en post-paiement, activité libérale involontairement induite. Il est proposé de donner la main aux GH pour se tourner vers les services volontaires avec des exigences définies dont l'activité publique, mettre en place une organisation administrativo-médical...

Les participants comprennent l'intérêt d'accueillir des patients internationaux. Ils souhaitent cependant que cette activité ne se fasse pas au détriment des autres patients et qu'elle ne conduise pas à aggraver notre déficit, alors qu'elle est présentée comme source de recettes potentiellement importantes.